

Proceso de Planificación Inicial de AzEIP Niño y Familia

Nombre del (la) Niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____
 Apodo/AKA _____ No. de Seguro Social _____ Sexo _____
 Domicilio _____ Teléfono _____ Distrito Escolar _____
 Grupo Etnico _____ Idioma que se habla en casa _____ Niño(a) _____
 Tribu _____ Reservación _____

Padres de familia			Otros niños y adultos en casa		
Nombre			Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento
Parentesco con niño(a)					
Fecha de nacimiento					
Teléfono para recados					
Teléfono – trabajo					
No. de Seguro Social					
Ocupación					
Guardián Legal (si otro que el indicado arriba)			Contacto de Emergencia		
Nombre			Nombre		
Domicilio			Domicilio		
No. de Teléfono	Parentesco		No. de Teléfono		

Indicaciones para llegar al domicilio: _____

Fecha de Remisión _____ Fuente de Remisión _____ No. de Teléfono de Fuente de Remisión _____

Personas que llenan la forma: _____

Rutinas, Actividades e Interacciones Diarias

<u>Fecha</u>	Describa un día típico con su hijo(a). ¿En qué actividades/rutinas están involucrados su hijo(a)/familia? ¿Dónde/con quién pasa el tiempo su hijo(a)? ¿Con qué frecuencia/cuánto tiempo (día/tarde/fin de semana/frecuencia)?		
<u>Fecha</u>	Describa la gente juguetes, actividades, rutinas y lugares que más disfruta su hijo(a).	<u>Fecha</u>	Describa la gente juguetes, actividades, rutinas y lugares que más frustran a su hijo(a).
<u>Fecha</u>	¿Hay actividades o rutinas que le interesan a su familia hacer ahora, pero que no se deben a las necesidades especiales de su hijo(a)? ¿Hay actividades/rutinas futuras que le interesan planificar a su familia (por ejemplo un viaje familiar, grupo de juego, ir a juegos de béisbol) y se pregunta cómo van a cubrirse las necesidades especiales de su hijo(a)? En caso afirmativo, por favor, descríbalas.		

--	--

Recursos, Prioridades, Preocupaciones e Intereses Familiares

<p>Quisiera saber más o me interesa... <i>Por ejemplo; reunirme con otras familias que tengan preocupaciones semejantes, ideas para involucrar a otros miembros de la familia y amistades, información acerca de la discapacidad de mi hijo(a).</i></p>	<p>Tengo preguntas/preocupaciones acerca de ... <i>Por ejemplo; la alimentación, calma, comunicación, movimiento, vista</i> <i>u oído</i> de mi hijo(a).</p>	<p>Recursos que ayudan a nuestra familia... <i>Por ejemplo; parientes, amistades, afiliaciones religiosas, grupos/agencias comunitarias, grupos de juego y eventos de la comunidad.</i></p>	<p>Además de lo que acaba de informar, ¿hay algo más que quisiera decirnos que podría ser de ayuda para planificar apoyos o servicios para su hijo(a) y familia?</p>
<p><u>Fecha</u></p>	<p><u>Fecha</u></p>	<p><u>Fecha</u></p>	<p><u>Fecha</u></p>

Antecedentes y Observaciones del Desarrollo

Conjuntamente, recopilamos información acerca del desarrollo de su hijo(a). Esta información es importante para determinar la elegibilidad de su hijo(a) para recibir intervención temprana. Si su hijo(a) es elegible, esta información será de importancia para el desarrollo de un plan. Dos formas importantes en la que lo hacemos es conversar acerca y observar lo que puede hacer su hijo(a) y cómo se ha desarrollado a través del tiempo. Hay cinco áreas generales de desarrollo: comunicación, cognoscitiva, física, social o emocional, y adaptación, auto-ayuda o resolución de problemas.

Antecedentes Médicos/Salud

Antecedes Prenatales y de Nacimiento _____ Hijo(a) por nacimiento _____ Adoptado(a) _____
 Embarazo _____

Hospital donde nació el(la) niño(a): _____ Duración del Embarazo (semanas) _____ Peso al nacer _____
 Parto _____

¿Estuvo su niño(a) en cunero de cuidados intensivo? (Dónde) _____ Duración de estancia en el hospital del (de la) niño(a) _____

Plan Médico _____ Médico de Cuidados Primarios (PCP) _____

Domicilio del Médico de Cuidados Primarios _____ Teléfono _____

Nombre de Compañía Aseguradora _____ No. de Grupo _____

Nombre del Asegurado _____ No. de Identificación de la persona asegurada _____

Otros Médicos encargados actualmente del cuidado del (de la) niño(a):	Domicilio y Teléfono:	Especialidad
---	-----------------------	--------------

¿Diagnósticos? En caso afirmativo, ¿cuándo? ¿Está de acuerdo la familia con el diagnóstico?

Antecedentes Médicos/Salud Continuación

Salud General _____ ¿Está al día en las vacunas? _____

¿Problemas de salud tales como alergias, infección de los oídos? _____

¿Ha tenido su hijo(a) alguna enfermedad o accidente serio, fiebre prolongada, convulsiones o ataques? _____

¿Cómo come su hijo(a)? Se amamanta _____ Mamadera _____ Taza _____ Cuchara _____ Sonda nasogástrica/gástrica _____ Con los dedos _____

¿Está creciendo su hijo(a) y aumentando de peso? _____

¿Tiene su hijo(a) una dieta especial o está tomando complementos alimenticios? _____

¿Está tomando algún medicamento su hijo(a)? (enumere) _____

¿Se le ha hecho un estudio de visión o auditivo a su hijo(a) durante los últimos 6 meses? (indique las fechas)

Hospitalización principal

Dónde	Cuándo	Motivo

Resumen de Niveles Actuales de Desarrollo del (de la) Niño(a)

A medida que planeamos cómo proporcionarle a usted y a su hijo(a) apoyos /servicios, preparamos un resumen de la salud, crecimiento y desarrollo de su hijo(a). Es importante que pensemos acerca de la visión, audición y el estado de nutrición de su hijo(a). Otra información que pudiera afectar la planificación incluyen los antecedentes del nacimiento, diagnósticos adicionales, medicamentos, asuntos que pudieran afectar el rendimiento de su hijo(a), etc.. Ya nos ha ayudado a recopilar esta información. Fuentes posibles de información para resumen incluyen conversaciones que hemos tenido con usted, observaciones de su hijo(a) en rutinas diarias, evaluación formal e informes médicos.

Resumen de los Niveles Actuales de Desarrollo del (de la) Niño(a), continuación

Resultados que Desean el (la) Niño(a) /Familia # _____

<u>Fecha</u>	¿Qué desea ver su familia que ocurra o que cambie como resultado de la intervención temprana y cómo sabremos que hemos avanzado? (incluya plazos)		
<u>Fecha</u>	¿Qué está ocurriendo ahora en relación a este resultado? (incluso recursos y preocupaciones del (de la) niño(a) y/o de la familia)		
<u>Fecha</u>	Ideas/actividades <i>(cosas que estamos haciendo /haremos para que esto suceda)</i>	<i>Personas (que enseñarán, aprenderán, harán)</i>	<i>Ambientes Naturales (entornos de actividades o lugares para aprender/hacer)</i>

**REVISION/CAMBIO
FECHAS**

_____ Necesitaremos continuar _____
 _____ Terminado (hemos logrado nuestro resultado).

_____ Hemos revisado
 Se ha informado a los miembros del equipo.

Ambientes Naturales: Los servicios de Intervención Temprana deben proporcionarse en ambientes naturales (entornos que son naturales/típicos para la edad del (de la) niño(a), compañeros que no tengan discapacidades) en la mayor medida que se considere apropiado y puede proporcionarse sólo en entornos que no sean los naturales cuando no pueden lograrse resultados satisfactorios en los ambientes naturales. IDEA requiere una justificación para apoyar la decisión del equipo de IFSP de que el resultado/estrategias no pueden obtenerse en forma satisfactoria en ambientes.

1) Por qué los resultados/estrategias no pueden lograrse en un ambiente natural.

2) ¿Cómo se generalizará la intervención al ambiente natural?

3) Plan/ plazo para llevar el servicio al ambiente natural.

Plan y Plazo de Transición

Plan Individual de Transición para:		Fecha:	
Evento de Transición	Un vistazo más de cerca	Plazo	Fecha en que logró
A los padres de familia se les informó de los programas y servicios disponibles para cuando el (la) niño(a) cumple tres años de edad.	<p>Los programas pueden incluir: pre-escolar /guardería de la comunidad, Inicio con Ventaja, pre-escolar del distrito escolar, etc..</p> <p>Se alienta a la familia a plantear preguntas en forma de tormenta de ideas respecto al proceso de transición.</p>	Durante el registro con AzEIP.	
Firmar liberación de información.	<p>Se requiere la liberación de información para compartir los expedientes entre los programas.</p> <p><i>*SC es el facilitador y proporciona los expedientes que requiere el distrito PS, ADE proporciona información acerca de opciones pre-escolares educativas y requisitos de elegibilidad, Salvaguardas de Procedimiento y otras necesidades de asesoría.</i></p>	En o antes de la reunión previa a la transición.	

Conferencia para la Planificación de la Transición	Los Representantes del Distrito de la Conferencia para la Planificación de la Transición son invitados a describir varias opciones de programas, contestar preguntas y compartir expedientes, cuando es necesario.	3-6 meses antes del 3 ^{er} cumpleaños del (de la) niño(a).	
--	--	---	--

Plan y Plazo de Transición, continuación

Evento de Transición	Un vistazo más de cerca	Plazo	Fecha en que logró
Ofrece visitas a los sitios de opciones del programa	El representante del distrito deberá hacer arreglos con la familia para las visitas a los sitios del programa.	3-6 meses antes del 3 ^{er} cumpleaños del (de la) niño(a)	
El Equipo Multidisciplinario de Evaluación explica los resultados de la evaluación y de las Salvaguardas del Procedimiento.	Se determina la elegibilidad o no-elegibilidad para la educación especial y servicios relacionados. En caso de elegibilidad, la familia toma la decisión respecto a que si quieren o no educación especial y los servicios relacionados.	Para el 3 ^{er} cumpleaños del (de la) niño(a).	

Si la familia opta por otro programa que no sea el de educación especial y servicios relacionados, se remite al (a los) programa(s) comunitarios apropiados.

En este momento pueden hacerse otras remisiones, pero los procedimientos pueden variar. El coordinador de servicios y la familia pueden liberar los expedientes y proporcionarlos al (a los) programa(s) seleccionado(s).

Para el 3^{er} cumpleaños del (de la) niño(a).

Apoyos y Servicios Que se Requieren para Avanzar hacia Resultados

Apoyos/Servicios <i>Recuerde, cada servicio y apoyo requiere relacionarse con un resultado.</i>	Resultado #	¿Con qué frecuencia y cuánto tiempo cada vez?	¿Quién lo hará?	¿En qué ambiente de actividad se llevará a cabo? <i>La justificación debe anotarse en la página de resultados.</i>	¿Quién lo pagará?	Fecha de Inicio	Fecha de Conclusión
Otros servicios relacionados requeridos:							

Página del Equipo IFSP

Consentimiento Informado de los Padres de Familia para los Servicios de Intervención Temprana:

He participado en el desarrollo de este IFSP y entiendo su contenido. Entiendo que puedo aceptar o rehusarme cualquiera o todos los servicios identificados en el IFSP. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento respecto a los servicios en cualquier momento.

Por favor, marque y firme abajo:

1. Estoy de acuerdo con el IFSP propuesto como está escrito. También entiendo que mi firma abajo indica que: a) estoy bien informado sobre los apoyos/servicios que están siendo propuestos; b) mi coordinador de servicios me ha explicado mis derechos bajo este programa, y he recibido una copia escrita del folleto "AzEIP Procedural Safeguards for Families Booklet"; y c) doy mi permiso para realizar este IFSP como está escrito.
2. No estoy de acuerdo con el IFSP propuesto como está escrito, no obstante, doy mi permiso para que se inicien los siguientes apoyos/servicios:

_____ Mi coordinador de servicio me ha explicado mis derechos bajo este programa, y he recibido copia escrita del folleto "AzEIP Procedural Safeguards for Families". **[Se necesita que dar la notificación de acción a la familia.]**

3. He recibido copias de las Encuestas de Satisfacción Familiar de AzEIP.

Firma de Padres de Familia/Substituto	Fecha	
Firma de Padres de Familia/Substituto	Fecha	
Fecha en que se revisó este IFSP con una reunión:		
<i>Nota: Los padres de familia deben indicar su aprobación de cambios efectuados en el IFSP firmando con sus iniciales y fechando los cambios (a menos que los padres de familia los hayan solicitado telefónicamente.)</i>		

Enumere a todos los Miembros del Equipo IFSP, ya sea que estén o no presentes, que hayan contribuido al desarrollar este IFSP, utilizando la página adicional en caso que se requiera.

Informe

Actual dado por: Este Informe lo da

Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	
--------	--------------------	----------	--

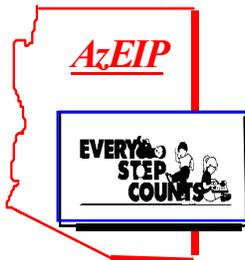
Domicilio	
	Actual dado por: Este Informe lo da

Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	
--------	--------------------	----------	--

Domicilio	
-----------	--

Página del Equipo IFSP, Continuación

Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	Actual dado por:	Este Informe lo da
Domicilio				
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	Actual dado por:	Este Informe lo da
Domicilio				
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	Actual dado por:	Este Informe lo da
Domicilio				
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	Actual dado por:	Este Informe lo da
Domicilio				
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	Actual dado por:	Este Informe lo da
Domicilio				
Nombre	Parentesco/Agencia	Teléfono	Actual dado por:	Este Informe lo da
Domicilio				



Programa de Intervención Temprana de Arizona
Plan Individualizado de Servicio para Familias (IFSP)

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Persona(s) Responsable(s) _____ Parentesco _____

Domicilio _____ Teléfono _____
Calle Ciudad Código Postal

Cuidado Adoptivo No _____ Si _____ ACYF _____ DDD _____ Idioma que se habla en casa _____ Niño(a) _____

No. de Seguro Social _____ No. de Identificación ASSISTS _____ No. de Identificación AHCCCS _____

Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS) Elegible Si _____ No _____ Seguro (TPL) Si _____ No _____

Nombre de Compañía Aseguradora _____ No. de Grupo _____

Nombre de Asegurado _____ No. de Identificación de la persona asegurada _____

Plan Médico _____ Médico de Cuidados Primarios (PCP) _____

Domicilio del Médico de Cuidados Primarios _____ Teléfono _____

Agencia Primaria _____ Teléfono _____

Coordinador de Servicios _____ Teléfono _____

IFSP Inicial _____ 6 meses _____ Anual _____ Otro _____ Distrito Escolar _____

Fecha de Conferencia de Transición: